



KHẢO SÁT TÌNH HÌNH VÀ SỰ TUÂN THỦ VỀ SỬ DỤNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Investigation of antihypertensive medicine used and medication adherence among hypertensive outpatients at Dong Nai General Hospital

Phạm Thị Ý Nhi^{1,a}, Đỗ Thị Phương Dung^{2,b*}, Nguyễn Xuân Bình³

¹Khoa Dược, Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

²Bộ môn Dược lâm sàng, Khoa Dược, Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

³Khoa Dược, Bệnh viện đa khoa Đồng Nai

^aphamnhinhi112@gmail.com, ^bphuongdungk07@gmail.com

TÓM TẮT. Tăng huyết áp (THA) là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu và góp phần gia tăng gánh nặng các bệnh lý về tim mạch như: các cơn đau tim, đột quy, khuyết tật và tử vong sớm. Tuân thủ sử dụng thuốc là chìa khóa để đạt thành công trong điều trị THA, giúp hạn chế nguy cơ đột quy, bệnh tim mạch và bệnh thận cũng như giảm chi phí chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân (BN). Mục đích của nghiên cứu là khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị THA, sự tuân thủ trong sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan đến tuân thủ tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai, từ đó làm cơ sở để đưa ra biện pháp thích hợp nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên BN được chẩn đoán THA điều trị ngoại trú từ 01/12/2018 đến 31/03/2019. Kết quả khảo sát trên 333 BN (55,3% nữ, tuổi trung bình: 65,2 ± 9,8) thông qua bảng câu hỏi tuân thủ điều trị MMAS-8 cho thấy: mức độ tuân thủ dùng thuốc cao chiếm 63,4%; tuân thủ trung bình là 27,3%; tuân thủ kém chiếm 9,6%. Trong đó chỉ có 67,6% BN có huyết áp kiểm soát. Có mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc với các yếu tố nơi ở ($p < 0,001$), nghề nghiệp ($p = 0,03$), số năm mắc bệnh ($p < 0,040$), số lượng thuốc có trong đơn ($p = 0,021$), số bệnh kèm ($p = 0,034$).

TỪ KHOÁ: Tăng huyết áp, tuân thủ sử dụng thuốc

ABSTRACT. Hypertension is one of the leading reasons and contributes to increase burden of cardiovascular diseases such as heart attack, stroke, disability and premature death. Medication adherence is the keystone on not only achieving effectiveness in hypertension treatment, but also reducing the risk of stroke, cardiovascular incidence, kidney disease and the health care costs. The aim of this study was setting appropriate solution on improving treatment's effectiveness that was based on investigating the use of antihypertensive medicine, medication adherence and its correlation with associated factors at Dong Nai General Hospital. The cross-sectional descriptive study was performed on outpatients diagnosed with hypertension treatment from December, 2018 to March, 2019. Through MMAS-8 adherence questionnaire, the survey results of 333 patients (55.3% of women, average age: 65.2 ± 9.8) showed that the percentage of high compliance with drugs was 63.4%; the percentage of medium compliance was 27.3%; the percentage of poor compliance was 9.6%. Only 67.6% of patients had achieved blood pressure target. There was an association between medication adherence to antihypertensive drugs and some factors such as area of residence ($p < 0.001$), occupation ($p = 0.03$), disease duration ($p < 0.040$), number of prescribed medication ($p = 0.021$), the number of comorbidities ($p = 0.034$).

KEYWORDS: Hypertension, medication adherence

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

THA được xem như “Kẻ giết người thầm lặng”, là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu góp phần gia tăng gánh nặng các bệnh lý tim mạch như: đột quy, khuyết tật và tử vong sớm. Theo ước tính của WHO, có đến 17,7 triệu người chết vì bệnh tim mạch vào năm 2015, chiếm 31% tổng số ca tử vong toàn cầu [1]. Cứ 1 trong 3 người Mỹ trưởng thành, ước tính khoảng 75 triệu người bị THA; tuy nhiên, chỉ khoảng một nửa (54%) trong số này kiểm soát được huyết áp (HA) [2]. Tuân thủ thuốc kém, niềm tin của BN vào phương pháp trị liệu, sức khỏe kém và thiếu hỗ trợ xã hội là những rào cản khiến BN có mức HA không kiểm soát. Tuân thủ trong sử dụng thuốc là một vấn đề phức tạp nhưng lại là chìa khóa để đạt được thành công trong điều trị THA và bệnh tim mạch. Việc đánh giá mức độ tuân thủ điều trị, tìm nguyên nhân dẫn đến không tuân thủ để làm cơ sở đưa ra biện pháp thích hợp nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị có ý nghĩa rất quan trọng. Vì vậy, nghiên cứu tiến hành khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị THA, sự tuân thủ trong sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan đến tuân thủ tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai nhằm mục đích trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng khảo sát

BN THA ngoại trú đến khám và điều trị tại khoa Tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai từ ngày 01/12/2018 đến ngày 31/03/2019.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- BN ngoại trú được chẩn đoán THA theo JNC 7
- BN có dùng ít nhất một thuốc hạ HA
- Tuổi từ 18 tuổi trở lên
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN có sử dụng thuốc khác có thể gây THA
- Phụ nữ mang thai

Received: April, 19th, 2019

Accepted: July, 25th, 2019

*Corresponding Author

Email: phuongdungk07@gmail.com

- BN mất khả năng nhận thức, được đánh giá bằng MMSE (Thang đánh giá trạng thái tâm thần) < 17

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

Cỡ mẫu:

Công thức (1) tính cỡ mẫu theo một tỷ lệ :

$$n \geq \frac{z^2 \times p(1-p)}{d^2} \quad (1)$$

Trong đó:

p trị số mong muốn của tỉ lệ mức độ tuân thủ thuốc cao.

Theo nghiên cứu của tác giả Arshia Bilal và cộng sự $p = 31,9\%$ [3]

$z = 1,96$ khi khoảng tin cậy là 95%

d : sai số cho phép, $d = 0,05$ (5%)

Thay các giá trị tương ứng vào công thức: $n \geq 333$

Vậy, chọn cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu là 333 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu:

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3 Các bước tiến hành

Nghiên cứu được tiến hành qua 2 bước:

Bước 1: Xây dựng và hoàn thiện phiếu thu thập thông tin

Phiếu thu thập thông tin bệnh nhân bao gồm:

- *Đặc điểm dân số:* tuổi, giới tính, nghề nghiệp.
- *Đặc điểm lối sống:* tình trạng hút thuốc, tập thể dục, hút thuốc, ăn kiêng, ăn mặn, đo HA hằng ngày.
- *Đặc điểm điều trị:* thời gian mắc bệnh THA, các thuốc điều trị THA, bệnh kèm, chỉ số HA, số thuốc được kê/ đơn thuốc, số lần uống/ngày, các loại thuốc điều trị và liều dùng.
- Bảng câu hỏi tuân thủ điều trị của BN MMAS-8 (Morisky medication scale-8 items).
- Sự tuân thủ của BN được phân loại dựa vào tổng số điểm MMAS – 8 như sau:

Tuân thủ cao: Tổng số điểm MMAS-8 = 8

Tuân thủ trung bình: Tổng số điểm MMAS-8 từ 6-7

Tuân thủ thấp: Tổng số điểm MMAS-8 < 6

Bước 2: Tiến hành phỏng vấn, thu thập thông tin BN

Phỏng vấn BN THA đến khám ngoại trú bệnh viện Đa khoa Đồng Nai thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

- Ghi nhận các thông tin cần thiết của BN vào bảng thu thập thông tin BN.
- Phỏng vấn BN qua bảng câu hỏi tuân thủ điều trị MMAS-8

2.4 Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

Trình bày số liệu:

- Đối với các biến liên tục thỏa mãn kiểm định tham số được trình bày bằng trung bình \pm SD.
- Đối với các biến liên tục không thỏa mãn kiểm định tham số được trình bày bằng trung vị
- Biến phân loại trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm.

Các phép kiểm được sử dụng:

- So sánh tỷ lệ của 2 nhóm độc lập: dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact.

- Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá sự liên quan giữa yếu tố khảo sát với tuân thủ dùng thuốc.

3. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm dân số, lối sống, điều trị

Đặc điểm dân số:

Tỷ lệ BN nữ (55,3%) cao hơn nam. Độ tuổi trung bình là $65,2 \pm 9,8$ tuổi, đa số là những BN từ 60 tuổi trở lên (72,1%) và đã nghỉ hưu (49,2%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số

	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	93	27,9
	≥ 60 tuổi	240	72,1
Giới tính	Nam	149	44,7
	Nữ	184	55,3
Nghề nghiệp	Nghỉ hưu	164	49,2
	Nội trợ	65	19,5
	Buôn bán	56	16,8
Nơi ở	Khác	48	14,4
	Thành phố Biên Hoà	300	90,1
	Khu vực lân cận	33	9,9

Đặc điểm lối sống

Phần lớn BN có thói quen luyện tập thể dục (82%) và tập hằng ngày (70,6%). Có 80,8% BN ăn kiêng và 86,8% BN ăn nhạt. Tỷ lệ BN có kiểm tra HA mỗi ngày chiếm 52% (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm lối sống

	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %	
Tập thể dục	Luyện tập	Không	60	18,0
		Có	173	82,0
	Tần suất	1-3 lần	14	4,2
		4-6 lần	24	7,2
		7 lần	235	70,6
	Cường độ	Cao	8	2,4
		Trung bình	73	21,9
		Nhẹ	192	57,7
	Số phút	Dưới 30 phút	148	44,4
30 phút-1 giờ		105	31,5	
Trên 1 giờ		20	6,0	
Hút thuốc	Chưa từng hút	215	64,6	
	Đã bỏ hút	72	21,6	
Ăn kiêng	Đang hút	46	13,8	
	Không	64	19,2	
Ăn mặn	Có	269	80,8	
	Không	289	86,8	
Đo HA hằng ngày	Có	44	13,2	
	Không	173	52,0	
	Có	160	48,0	

Đặc điểm điều trị

Kết quả về đặc điểm điều trị của mẫu nghiên cứu được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị

	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Năm mắc bệnh	Dưới 5 năm	97	29,1
	5-10 năm	158	47,4
	Trên 10 năm	78	23,4
Bệnh kèm	Rối loạn lipid huyết	231	69,4
	Xơ vữa động mạch	132	39,6
	Đái tháo đường	103	30,9
	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	61	18,3
	Suy giãn tĩnh mạch chi dưới	60	18,0
	Suy thận	28	8,4
	Cơn đau thắt ngực	13	3,9
Suy tim	4	1,2	

	Khác	173	52,0
Số lượng thuốc/đơn	≤ 4	197	59,1
	> 4	136	40,8
Số lần uống/ngày	1	153	46,2
	2	179	53,7
Kiểm soát HA	Đạt	225	67,6
	Không đạt	108	32,4

Tình hình sử dụng thuốc điều trị THA

Nhóm thuốc được chỉ định kê toa cao nhất là nhóm ức chế thụ thể (67,9%). Hoạt chất hydrochlorothiazid thuộc nhóm lợi tiểu thiazid có tỷ lệ sử dụng cao nhất (50,5%), chính hoạt chất này và bisoprolol thuộc nhóm chẹn beta là có tỷ lệ BN sử dụng liều chưa đạt cao nhất lần lượt là 18,6%; 22,5% (Bảng 4).

Bảng 4. Tình hình sử dụng thuốc điều trị

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Tổng		Liều không phù hợp	
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Lợi tiểu (LT)	Furosemid	2	0,6	0	0
	Spirolacton	10	3,0	0	0
	Hydrochlorothiazid	168	50,5	4	1,2
	Tổng	180	54,1	4	1,2
Ức chế men chuyển (ACEI)	Ramipril	2	0,6	0	0
	Perindopril	41	12,3	4	1,2
	Benazepril	12	3,6	0	0
	Lisinopril	6	1,8	0	0
	Enalapril	25	7,5	0	0
Tổng	88	26,4	4	1,2	
Ức chế thụ thể (ARB)	Telmisartan	101	30,3	4	1,2
	Irbesartan	46	13,8	8	2,4
	Valsartan	37	10,9	3	0,9
	Candesartan	19	5,7	0	0
	Losartan	23	6,9	0	0
Tổng	227	67,9	15	4,5	
Chẹn beta (BB)	Bisoprolol	142	42,6	18	5,4
	Metoprolol	21	6,3	4	1,2
	Propranolol	1	0,3	1	0,3
	Carvedilol	9	2,7	1	0,3
Tổng	165	49,5	24	7,2	
Chẹn kênh calci (CCB)	Amlodipin	142	42,6	0	0
	Nifedipin	10	3,0	1	0,3
	Lercanidipin	7	2,1	0	0
	Lacidipin	4	1,2	(*)	
Tổng	163	48,9	1	0,3	

(*) Thuốc không có thông tin liều dùng

Trong nghiên cứu, sự lựa chọn thuốc theo từng phác đồ được trình bày ở Bảng 5

Bảng 5. Phác đồ điều trị

Phác đồ	Thuốc	Số BN	Tỷ lệ %
1 thuốc	ACEI	11	3,3
	ARB	38	11,4
	BB	6	1,8
	CCB	7	2,1
	Tổng	62	18,6
2 thuốc	LT + ACEI	6	1,8
	LT + ARB	16	4,8
	LT + BB	5	1,5
	ACEI + BB	2	0,6
	ACEI + CCB	17	5,1
	ARB + BB	14	4,2
	ARB + CCB	41	12,3
	BB + CCB	1	0,3
	Tổng	102	30,6
3 thuốc	LT + ACEI + BB	5	7,5
	LT + ACEI + CCB	11	3,3

	LT + ARB + BB	47	14,1
	LT + ARB + CCB	13	3,9
	LT + BB + CCB	2	0,6
	ACEI + BB + CCB	3	0,9
	ARB + BB + CCB	12	3,6
	Tổng	113	33,9
4 thuốc	LT + ACEI + BB + CCB	9	2,7
	LT + ARB + BB + CCB	47	14,1
	Tổng	56	16,8

Để biết tính hợp lý trong lựa chọn thuốc, nghiên cứu dựa theo một số khuyến cáo phối hợp thuốc trong phác đồ điều trị THA, kết quả được trình bày ở Bảng 6.

Bảng 6. Phân tích lựa chọn thuốc trong phác đồ

Khuyến cáo	Tài liệu hướng dẫn	Đạt	Không đạt
		Số BN (Tỷ lệ %)	Số BN (Tỷ lệ %)
Các thuốc nhóm ACEI, ARB, CCB và LT (thiazid và LT giống thiazid) được chỉ định chính trong điều trị.	ESC/E SH 2018, JNC8	327 (98,2%)	6 (1,8%)
Thuốc BB không là liệu pháp đầu tay ngoại trừ trong bệnh động mạch vành và suy tim. (**)	ACC/A HA 2017	4 (1,2%)	2 (0,6%)
Thuốc BB được khuyến cáo phối hợp với các thuốc trong 5 nhóm thuốc chính nếu BN có tình trạng như đau thắt ngực, sau nhồi máu cơ tim, suy tim hoặc kiểm soát nhịp tim.	ESC/E SH 2018, HD chẩn đoán và điều trị THA 2010 của Bộ Y Tế	11 (3,3%)	6 (1,8%)
Nếu BN không kiểm soát HA với phối hợp 2 thuốc, khuyến cáo điều trị với phối hợp 3 thuốc: ACEI/ARB + CCB + thuốc LT thiazid/LT giống thiazid, ưu tiên dạng phối hợp trong 1 viên.	ESC/E SH 2018	24 (7,2%)	89 (26,7%)
Không khuyến cáo phối hợp 2 thuốc thuộc nhóm ức chế hệ renin angiotensin.	ESC/E SH 2018, HD điều trị ĐTĐ 2017 của Bộ Y Tế	333 (100%)	0 (0%)
Thuốc chẹn cả 2 thụ thể alpha và beta như carvedilol được ưu tiên dùng ở BN suy tim.	ACC/A HA 2017	0 (0%)	4 (1,2%)
Thuốc giãn mạch tác động trực tiếp liên quan đến sự giữ natri và nước và phải được dùng kèm thuốc LT và BB.	ACC/A HA 2017	0 (0%)	9 (2,7%)
Bắt buộc sử dụng ACEI hay ARB ở BN THA kèm ĐTĐ.	HD chẩn đoán và điều trị THA 2010, HD	75 (22,5%)	28 (8,4%)

	điều trị ĐTD của Bộ Y Tế		
Thêm thuốc hạ áp nếu phác đồ đang áp dụng không kiểm soát được HA. (**)	JNC7, ADA 2017	47 (14,1%)	15 (4,5%)

(**) Chỉ áp dụng với phác đồ đơn trị

3.2 Tình hình tuân thủ sử dụng thuốc điều trị THA và các yếu tố liên quan đến tuân thủ

Tình hình tuân thủ sử dụng thuốc

Phòng vấn BN bằng thang đo MMAS-8 chỉ ra các nguyên nhân dẫn đến BN không tuân thủ sử dụng thuốc. BN mất điểm tuân thủ thuốc ở câu hỏi 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (31,8%). Bên cạnh đó, câu hỏi 6 có tỷ lệ BN mất điểm tuân thủ thấp nhất với 2,1% (Bảng 7).

Bảng 7. Bảng câu hỏi tuân thủ sử dụng thuốc MMAS-8

Câu hỏi	Số BN	Tỷ lệ %
Câu 1: Thỉnh thoảng quên uống thuốc điều trị THA	106	31,8
Câu 2: Trong 2 tuần qua có lúc không uống thuốc điều trị THA	45	13,5
Câu 3: Từng giảm hoặc ngưng thuốc mà không thông báo cho bác sĩ vì cảm thấy tình trạng xấu hơn do thuốc điều trị THA	11	3,3
Câu 4: Quên mang thuốc khi rời xa nhà hoặc đi du lịch	11	3,3
Câu 5: Hôm qua không uống thuốc điều trị THA	8	2,4
Câu 6: Ngưng uống thuốc khi cảm thấy HA đã được kiểm soát	7	2,1
Câu 7: Cảm thấy phiền khi tuân thủ phác đồ điều trị THA	18	5,4
Câu 8: Cảm thấy khó khăn khi phải nhớ lịch uống thuốc điều trị THA:		
Không bao giờ/ hiếm khi	297	89,2
Lâu lâu	21	6,3
Thỉnh thoảng	11	3,3
Thường xuyên	3	0,9
Luôn luôn	1	0,3

Kết quả cho thấy mức độ tuân thủ cao trong sử dụng thuốc lên đến 63,4%, mức độ trung bình chiếm 27,3% và mức độ kèm là 9,6% (Bảng 8).

Bảng 8. Phân bố BN theo mức độ tuân thủ sử dụng thuốc

Mức độ tuân thủ	Số BN	Tỷ lệ %
Cao	210	63,4
Trung bình	91	27,3
Kém	32	9,6

Trong nghiên cứu này, mức độ tuân thủ sử dụng thuốc có mối liên quan đến việc BN có đạt HA mục tiêu ($p < 0,05$) (Bảng 9)

Bảng 9. Mối liên quan giữa mức độ tuân thủ dùng thuốc và việc đạt HA mục tiêu

HA mục tiêu	Mức độ tuân thủ				$p < 0,05$
	Cao -TB (MMAS = 6-8)		Thấp (MMAS < 6)		
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	

Không đạt	91	30,2	17	53,1
Đạt	210	69,8	15	46,9
Tổng	301	100	32	100

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc

Sự liên quan của các đặc điểm dân số, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm điều trị của BN với sự tuân thủ sử dụng thuốc được xác định bằng phân tích hồi quy logistic đa biến. Trong đó:

- Biến phụ thuộc: là biến nhị phân, nhận 2 giá trị: có (điểm MMAS-8 = 6-8)/ không (điểm MMAS-8 < 6).
- Biến độc lập là các yếu tố khảo sát, bao gồm:

- * Tuổi: nhận 2 giá trị (< 60/ ≥ 60 tuổi).
- * Giới tính: nhận 2 giá trị (nam/nữ)
- * Nghề nghiệp: nhận 4 giá trị (nghỉ hưu/ nội trợ/ buôn bán/ khác).
- * Nơi ở: nhận 2 giá trị (thành phố Biên Hoà/ khu vực lân cận).

- * Thời gian mắc bệnh: nhận 3 giá trị (dưới 5 năm/ 5-10 năm/ trên 10 năm).

- * Số bệnh kèm: nhận 2 giá trị (≤ 3 / > 3 bệnh kèm).

- * Số lượng thuốc/ đơn thuốc: nhận 2 giá trị (≤ 4 / > 4 thuốc).

- * Số lần uống/ ngày: nhận 2 giá trị (1/2 lần/ngày).

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến được trình bày trong Bảng 10.

Bảng 10. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến về mối liên quan giữa các yếu tố khảo sát và sự tuân thủ sử dụng thuốc

Đặc điểm	p	OR	95%CI	
Nhóm tuổi	0,860	1,012	0,887-1,154	
Giới tính	0,912	0,947	0,359-2,496	
Nơi ở	<0,001	0,040	0,013-0,118	
Nghề nghiệp	Nghỉ hưu	0,060		
	Nội trợ	0,030	15,126	1,301-175,879
	Buôn bán	0,275	0,479	0,128-1,798
Số năm mắc bệnh	Khác	0,331	0,449	0,090-2,253
	Dưới 5 năm	0,020		
	5 – 10 năm	0,009	4,261	1,428-12,715
Số bệnh kèm	Trên 10 năm	0,039	4,006	1,071-14,983
	0,034	0,263	0,076-0,904	
Tổng số thuốc/ đơn	0,021	0,287	0,099-0,827	
Số lần uống/ ngày của thuốc điều trị THA	0,430	1,487	0,555-3,984	

4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của một số tác giả, huyết áp tăng dần theo tuổi; trong đó, huyết áp tâm thu tăng khi tuổi càng tăng, còn huyết áp tâm trương tăng đến độ tuổi 60 – 70 tuổi và giảm dần ở độ tuổi lớn hơn [4], do đó tỷ lệ THA ở BN lớn tuổi thường cao. Ở một số quốc gia, có tới 75% người cao tuổi bị THA. Phần lớn BN THA đã nghỉ hưu (49,2%), kể đến là nội trợ (19,5%). Kết quả trên có thể được lý giải do phần lớn BN trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi > 60 tuổi, vì vậy tỷ lệ BN buôn bán, làm nông, tài xế... chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Đa phần BN trong nghiên cứu là người lớn tuổi, đồng thời mắc nhiều bệnh kèm, do đó làm hạn chế khả năng vận động của BN. Tình trạng hút thuốc lá có sự tương đồng với kết quả về tỷ lệ BN hiện còn hút thuốc của Nguyễn Thị Kim Minh (2017) với 17,1%. Mặt khác tỷ lệ này chênh lệch khá lớn với nghiên cứu của Vũ Xuân Phú (2011) tại Trung tâm Y tế dự phòng thành phố Hà Nội là 28%, nghiên cứu của Yassine (2015) là 40%. Hơn 4/5 tỷ lệ BN có chế độ ăn kiêng, ăn nhạt (ăn kiêng 80,8%; ăn nhạt 86,8%). Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều

so với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2013) chỉ với 48,3% BN có chế độ ăn nhạt, hay nghiên cứu của Yassine (2015) chỉ có 56,2% BN ăn kiêng. Tỷ lệ BN đo huyết áp hằng ngày chiếm 52%, không khác biệt nhiều so với tỷ lệ không kiểm tra huyết áp hằng ngày 48%. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Vũ Xuân Phú (2011) với 34%, nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng (2018) có 18,07%.

Kết quả về số năm mắc bệnh trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng (2018) là $7,2 \pm 6,5$ năm [5], tỷ lệ mắc bệnh THA từ 5 năm trở lên chiếm 59,2%; tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác Arshia Bilal (2015) là 55,7% [3]. Số lượng thuốc trung bình của nghiên cứu là $4,2 \pm 1,5$ thuốc. Số lượng thuốc trong đơn > 4 thuốc chiếm tỷ lệ 40,8%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Minh (2017) (69,6%) [6]. Số lượng thuốc trong đơn khác nhau có thể được giải thích do sự khác nhau về phác đồ điều trị, số loại thuốc tại các bệnh viện khác nhau hoặc cùng bệnh viện nhưng tại các thời điểm khác nhau cũng không giống nhau. Có thể tại thời điểm khảo sát, thuốc dạng phối hợp sẵn có nhiều, được bác sĩ kê để giảm thiểu số lượng thuốc, giúp tăng tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc. BN uống thuốc điều trị THA chủ yếu 2 lần/ngày chiếm 53,7%; tương tự với nghiên cứu của Yassine (2016) [7], Al-Ramahi (2015) [8], nhưng có khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng (2018), đa số BN sử dụng thuốc 1 lần/ngày (66%). Sự khác biệt này có thể là do phác đồ điều trị cũng như dạng bào chế của thuốc (thuốc dạng phóng thích kéo chỉ có thể sử dụng 1 lần/ngày) khác nhau hoặc thuốc dạng phối hợp tỷ lệ sử dụng thuốc trong ngày có thể chỉ 1 lần. Trong nghiên cứu, tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu (67,6%), tương đồng với nghiên cứu của tác giả Yassine (2016) [7] với 62,9% BN, và cao hơn nghiên cứu của tác giả Yu Ting Li (2016) với 56% [9].

Theo ACC/AHA 2017, khuyến cáo chỉ ra rằng thuốc BB không là liệu pháp đầu tay ngoại trừ trong bệnh động mạch vành và suy tim, bisoprolol và metoprolol succinat được ưu tiên dùng ở THA kèm suy tim. Mặt khác, theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA của Bộ Y Tế năm 2010, nhóm thuốc BB được chỉ định ưu tiên cho các BN có bệnh kèm như đau thắt ngực, sau nhồi máu cơ tim, suy tim, nhịp tim nhanh. Ở nghiên cứu này lý do 49,5% BN được chỉ định thuốc BB do có 1,2% BN suy tim; 6,3% BN có nhịp tim nhanh; 3,9% BN mắc cơn đau thắt ngực; 4,8% BN có tình trạng sau nhồi máu cơ tim có đặt stent mạch vành. Bên cạnh đó BB được sử dụng tỷ lệ lớn là do sự phối hợp sẵn trong một chế phẩm với thuốc LT hydroclorothiazid (31,2%). Theo Hướng dẫn điều trị đái tháo đường (ĐTĐ) của Bộ Y Tế năm 2017, thuốc hạ áp ở BN THA kèm ĐTĐ phải bao gồm nhóm thuốc ACEI hay ARB, do hai nhóm thuốc này đều tác động lên hệ Renin - Angiotensin, nên nếu BN không dung nạp được một trong hai, có thể dùng thuốc còn lại thay thế. Bên cạnh đó với khuyến cáo của JNC8, đối với người ≥ 18 tuổi có bệnh suy thận mạn kèm theo, nên khởi trị (hoặc điều trị bổ sung) thuốc hạ HA nhóm ACEI hoặc ARB để cải thiện các biến chứng thận. Áp dụng cho tất cả các BN suy thận mạn có THA bất kể chủng tộc và tình trạng ĐTĐ. Ở nghiên cứu này có 34,8% BN mắc một trong hai bệnh lý này, hoặc cả hai - chiếm hơn 1/3 tổng số mẫu. Điều này lý giải cho tỷ lệ lớn nhóm thuốc ARB được chỉ định, nhóm ACEI chỉ chiếm 26,4% thấp hơn nhiều so với ARB có thể do tác dụng phụ gây ho và bác sĩ có kinh nghiệm nhiều hơn trong việc kê đơn thuốc ARB.

Tuy nhóm thuốc lợi tiểu không phải là nhóm được chỉ định cao nhất, nhưng hoạt chất hydroclorothiazid lại có tỷ lệ lên đến 50,5%, là hoạt chất được sử dụng cao nhất. Lý giải điều này có thể do đây là hoạt chất được phối hợp với các nhóm

thuốc khác ở trong cùng một dạng bào chế: ví dụ như bisoprolol + hydroclorothiazid có sự xuất hiện chiếm 31,2%. Hoạt chất amlodipin chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (42,6%) chỉ định tốt ở người bệnh có những biến chứng chuyển hóa như ĐTĐ, được sử dụng hầu như vào buổi tối giúp BN tránh tác dụng phụ phù ngoại biên ở cổ chân, bàn chân.

Nghiên cứu cho thấy thuốc bisoprolol có tỷ lệ BN sử dụng liều không đạt khuyến cáo cao nhất (22,5%). Thuốc có tỷ lệ dùng không đạt khuyến cáo cao tiếp theo là hydroclorothiazid với 18,6%, liều khuyến cáo từ 12,5mg-50mg/ngày, có đến 17,4% BN được chỉ định chỉ 6,25mg/ngày và 1,2% BN chỉ định 3,125mg/ngày. Lý giải cho vấn đề này phần lớn do kinh nghiệm chỉ định liều của bác sĩ, không hẳn do sai sót trong quá trình kê đơn vì số lượng lớn BN dùng thuốc này.

Trên 333 BN trong nghiên cứu, có 63,4% BN có mức độ tuân thủ thuốc cao. Kết quả này cao hơn so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước: nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Minh (2017) tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai (47,3%); nghiên cứu của Nguyễn Đức Bảo tại quận Hải Châu, Đà Nẵng (2016) (48,3%), nghiên cứu của Arshia tại Karachi, Parkistan (2015) (31,9%), nghiên cứu của Yassine tại Saudi Arabia (2015) (50,5%). Giải thích cho tỷ lệ tuân thủ cao có thể do phần lớn BN trong nghiên cứu đến từ thành phố Biên Hòa và đa phần là người lớn tuổi đã nghỉ hưu nên có nhiều cơ hội tiếp xúc, tìm hiểu kiến thức thông tin về bệnh và những biến chứng. Từ đó nâng cao ý thức sử dụng thuốc trong điều trị.

Lý do BN đưa ra để giải thích cho việc kém tuân thủ trong nghiên cứu này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng (2018), tự ý dùng thuốc khi cảm thấy sức khoẻ tốt (13,65%), thường xuyên quên dùng thuốc (12,25%), tự ý dùng thuốc mà không hỏi ý kiến bác sĩ (9,56%) là những lý do chính khiến BN tuân thủ dùng thuốc kém. Trong nghiên cứu này, BN còn mắc nhiều bệnh kèm khác, chính vì thế số lượng thuốc ngày càng nhiều, BN tuổi lớn nên trí nhớ kém có thể có tác động đến việc tuân thủ dùng thuốc điều trị.

Thông qua việc so sánh tỷ lệ của 2 nhóm độc lập bằng dùng phép kiểm Chi bình phương, có mối liên quan giữa mức độ tuân thủ thuốc (cao: MMAS-8 = 6-8/ thấp: MMAS-8 < 6) với việc đạt HA mục tiêu ($p = 0,015$). Nghiên cứu của Yassine (2015) cũng chỉ ra mối liên quan này ($p=0,011$) [7], tương tự trong nghiên cứu của Li (2016) ($p<0,001$) [10].

Có 4 yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ sử dụng thuốc, đó là nghề nghiệp (nội trợ), nơi ở, số năm mắc bệnh, số bệnh kèm, tổng số thuốc trong đơn. Những BN sinh sống ở khu vực lân cận có mức độ tuân thủ thấp hơn BN sống tại khu vực trung tâm thành phố Biên Hoà ($p<0,001$; OR=0,040; 95%CI=0,013-0,118), nghiên cứu của Ramahi (2015) cũng cho thấy mối liên quan này, do vùng lân cận ít cơ hội tiếp xúc và được thông tin kiến thức về bệnh hơn. Nhóm BN nội trợ có mức độ tuân thủ thuốc cao hơn rất nhiều so với BN hưu trí ($p=0,030$; OR=15,126; 95%CI=1,301-175,879), nguyên nhân có thể do nội trợ là nữ giới tính cách tỉ mỉ, chú ý quan tâm bệnh tình của bản thân hơn. Về số năm mắc bệnh, BN có thời gian mắc lâu hơn có sự tuân thủ thuốc hơn ($p=0,009$; OR=4,261; 95%CI=1,428-12,715 và $p=0,039$; OR=4,006; 95%CI=1,071-14,983). Khi thời gian mắc bệnh dài hơn, sự quan tâm về vấn đề chăm sóc sức khoẻ càng tăng do BN tự tìm hiểu thông tin về bệnh và được nhân viên y tế hướng dẫn nhiều hơn, hiểu được việc không tuân thủ có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng. BN càng nhiều bệnh kèm, dùng càng nhiều thuốc thì mức độ tuân thủ dùng

thuốc càng kém ($p=0,034$; $OR=0,263$; $95\%CI=0,076-0,904$) và ($p=0,021$; $OR=0,287$; $95\%CI=0,099-0,827$).

5. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát trên 333 BN thông qua bảng câu hỏi tuân thủ điều trị MMAS-8 cho thấy: mức độ tuân thủ dùng thuốc cao chiếm 63,4%. Có mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc với các yếu tố nơi ở ($p<0,001$), nghề nghiệp ($p=0,03$), số năm mắc bệnh ($p<0,040$), số lượng thuốc có trong đơn ($p=0,021$), số bệnh kèm ($p=0,034$).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO. *Cardiovascular diseases (CVDs)*. 2017.
- [2] Merai, R.; Siegel, C.; Rakotz, M.; et al. CDC Grand Rounds: A Public Health Approach to Detect and Control Hypertension. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016, 65 (45), 1261-1264.
- [3] Bilal, A.; Riaz, M.; Shafiq, N. U.; et al. Non-compliance to anti-hypertension medication and its associated factors among hypertensives. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2015, 27 (1), 158-63.
- [4] Burt, V. L.; Whelton, P.; Roccella, E. J.; et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995, 25 (3), 305-13.
- [5] Nguyễn Thu Hằng. Khảo sát tình hình tuân thủ trong sử dụng thuốc trên bệnh nhân Tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh. 2018.
- [6] Nguyễn Thị Kim Minh. Đánh giá sự tuân thủ dùng thuốc của người bệnh Tăng huyết áp điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. 2017.
- [7] Yassine, M.; Al-Hajje, A.; Awada, S.; et al. Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients. *J Epidemiol Glob Health*. 2016, 6 (3), 157-67.
- [8] Al-Ramahi, R. Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2015, (2), 125-132.
- [9] Lewington, S.; Clarke, R.; Qizilbash, N.; et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002, 360 (9349), 1903-13.
- [10] Li, Y. T.; Wang, H. H. X.; Liu, K. Q. L.; et al. Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With Coexisting Long-Term Conditions in Primary Care Settings: A Cross-Sectional Analysis. *Medicine*. 2016, 95 (20), 3572-3572.